



## 疼痛已久……

撰文 孔文珺

疼痛作为每个人一生中体验最早、最多的主观内在感觉，是我们经常遇到的问题，古代人当然也不例外。

在医学不发达的年代，人们总是用超自然的原因去解释一切疾病，包括疼痛。他们认为，是外界物体侵入了人体，并将超自然的物质带入人体从而引起了疼痛。后来，人们普遍认为感受疼痛的中枢是心脏，这种认识一直持续了2000年。后来，希腊医学家阿克梅恩提出脑是感觉和思考的中枢，并区分了5种感觉。希腊学者希波克拉底又进一步提出4种体液学说，当其中一种体液过多或过少时，人就会感到疼痛。随后，解剖学的发展，极大丰富了对人体感觉和疼痛的认识。公元1世纪，罗马学者赛索思阐述了疼痛与炎症的关系，使疼痛的含义得以扩展。在古希腊和古罗马

时代，对疼痛生理贡献最大的是盖伦，他对中枢神经系统做了充分的描述，提出了细小的神经即能感受疼痛。

到了19世纪上半叶，出现了很多以实验研究为基础的各种疼痛理论，使人们对于疼痛的认识更加深入。如，1858年斯福提出疼痛的特异性理论；达尔文提出疼痛强度理论；1965年，迈扎克和沃尔提出疼痛的闸门控制理论等。疼痛的闸门控制理论认为脊髓后角胶状质中的某些神经细胞对痛信息的传递具有闸门作用，控制着痛信息的向中传递，其同时受神经粗、细传入纤维活动和高级中枢下行控制作用的影响。其中粗、细纤维传入活动的力量对比，制约着闸门的启闭：细纤维的传入冲动使闸门开放，将痛信息内传；粗纤维的传入冲动使闸门关闭，中断痛信息的传递，

同时激活脑部高级中枢，通过下行控制系统控制闸门的活动。因而，任何使细纤维活动增强和（或）粗纤维活动减弱的因素均可导致疼痛。

与疼痛的斗争也伴随着人类的历史。公元前3世纪，希腊哲学家第一次记载了阿片的应用。公元前1世纪，阿拉伯古书中就描述了用冷冻分散引起疼痛的注意力和降低疼痛的敏感性等方法来缓解疼痛。

在原始社会，人类即发现应用某些草药涂抹于伤口止痛，在中国、埃及和印度曾用大麻、罂粟壳和曼陀罗草根止痛。在我国春秋战国时期的医书《黄帝内经》中记载了针灸治疗头痛、耳痛、腰痛和胃痛等疼痛症状。

1936年美国麻醉专家罗文斯坦教授首创了疼痛门诊。20世纪50年代以后各国相继设立了



罗马学者赛索思

疼痛门诊和病室,开展以神经阻滞为主要治疗方式的疼痛治疗工作。1970年,人们又进一步发现轻度电刺激中向脑导水管周围灰质注射微量吗啡,可引起极明显的镇痛效果,并据以提出内源性疼痛抑制系统的概念。接着又发现导水管周围灰质中的神经细胞含有丰富的脑啡肽受体,其周围存在大量的脑啡肽。20世纪90年代后疼痛诊疗工作更加普及,对疼痛原理和慢性疼痛治疗的研究更加深入,对疼痛医学教育也更加重视。

1995年,美国疼痛学会主席詹姆斯·坎贝尔正式提出将疼

痛列为第五大生命体征。2000年,美国第106次国会把2000—2010年定为“疼痛控制与研究的十年”。2001年亚太地区疼痛论坛提出“消除疼痛是患者的基本权利”。2002年第10届IASP大会与会专家达成共识——慢性疼痛是一种疾病。国际疼痛学会从2004年起将每年的10月11日定为“全球征服疼痛日”。

医学界认为,免除疼痛,是患者的基本权利。而今,世界卫生组织将疼痛确定为继血压、呼吸、脉搏、体温之后的“第五大生命体征”,对疼痛的研究越来越被重视。■

(责编 桑新华)

